

OBETS. Revista de Ciencias Sociales. Vol. 7, n.º 1, 2012; pp. 61-79

EL RETO Y LA OPORTUNIDAD DE ACABAR CON EL HAMBRE. REFLEXIONES DESDE LA OBRA DE JOSÉ MARÍA BENGEOA LECANDA (1913-2010)

THE CHALLENGE AND OPPORTUNITY TO END HUNGER. REFLECTIONS FROM THE WORK OF JOSÉ MARÍA BENGEOA LECANDA (1913-2010)

Josep Bernabeu-Mestre

josep.bernabeu@ua.es

Josep Xavier Esplugues Pellicer

josep.esplugues@ua.es

Eva María Trescastro-López

eva.trescastro@ua.es

Grupo Balmis de Investigación en Salud Comunitaria e Historia de la Ciencia
Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud
Pública e Historia de la Ciencia de la Universidad de Alicante, España

Recibido: 19/10/2011

Aceptado: 17/05/2012

Resumen

El trabajo aborda, a través de la obra de José María Bengoa Lecanda (1913-2010), la condición de intolerable social que alcanzó, a lo largo del siglo XX, el problema del hambre y la desnutrición. Así mismo, intenta mostrar la oportunidad que comportaba dicho reto, si como parecía razonable, se trataba de corregir los factores condicionantes que estaban detrás del hambre y la desnutrición, en particular la pobreza y la falta de equidad.

Palabras clave: malnutrición, desnutrición, hambre, pobreza, historia (siglo XX), José María Bengoa Lecanda (1913-2010)

Abstract

Work addresses, through the work of José María Bengoa Lecanda (1913-2010), the condition of intolerable social reached throughout the 20th century, the

problem of hunger, undernourishment and malnutrition. Likewise, try to show the opportunity that beheld this challenge, if as it seemed reasonable, it was correcting the factors that were behind hunger and malnutrition, in particular poverty and inequity.

Key words: malnutrition, undernourishment, hunger, poverty, history (20th century), José María Bengoa Lecanda (1913-2010).

INTRODUCCIÓN

A pesar de contar con numerosos testimonios históricos que nos hablan del papel de la subalimentación crónica y el hambre en el comportamiento demográfico de las poblaciones humanas y en el devenir de sus estados de salud (Livi Bacci, 1988; Pérez Moreda, 1991; Fogel, 2009), fue en las primeras décadas del siglo XX cuando el hambre y la desnutrición adquirieron, como expresión biológica del subdesarrollo, su condición de calamidad social (Casado, 1967: 16-17).

Desde tal consideración, el problema de la desnutrición fue abordado como uno de los mayores retos con los que se ha tenido que enfrentar, y por desgracia se tiene que seguir enfrentando la humanidad. Se trataba de acabar con el hambre y garantizar a toda la población una alimentación suficiente, sana y equilibrada. Pero, al mismo tiempo, aquel reto representaba, tal como se recogía en el informe elaborado en 1938 por una Comisión mixta de la Sociedad de Naciones encargada de abordar el problema de la nutrición desde la perspectiva de la salud pública, la agricultura y las políticas económicas, una oportunidad para salir del subdesarrollo y de la pobreza que estaban y continuaban estando detrás del hambre y la desnutrición (Boudreau, Kruse, 1939).

Aquel planteamiento de los expertos de la Sociedad de Naciones, estuvo muy presente en la obra del profesor José María Bengoa. En su capítulo sobre “Nutrición en América Latina: Algunos Eslabones de su Historia”, recogido en la obra colectiva *Historias de la Nutrición en América Latina* publicada en el año 2000, el doctor Bengoa finalizaba su trabajo con estas palabras: “se necesita una reunión que recoja y discuta los aciertos y errores de cincuenta años de actividad en el campo de la nutrición en América Latina”. Como nos trasladó en más de una ocasión en los encuentros que tuvimos la suerte de mantener con él, se trataba de explicar en qué medida se desaprovechó la oportunidad que ofrecía la resolución de los problemas de hambre y desnutrición que afectaron a la población de Iberoamérica en la segunda mitad del siglo XX, para superar sus niveles de pobreza y subdesarrollo.

La obra del doctor Bengoa nos ofrece múltiples ejemplos de acertados diagnósticos sobre las carencias de índole sanitaria y social que condicionan el estado de salud de los individuos y las poblaciones. Pero, probablemente,

es en su análisis de los substratos del hambre y la desnutrición, donde mejor podemos apreciar la profundidad y la calidad de su discurso, al mismo tiempo que nos muestra su grado de compromiso ético y social. Practicó una medicina de la ética y del sentido común, donde siempre destacaba el enfoque global de la problemática social que suele estar detrás de las principales deficiencias en materia de salud. Al analizar las relaciones entre enfermedad, desnutrición y pobreza, el doctor Bengoa siempre subrayó el papel que juegan los factores de naturaleza estructural en el momento de explicar la fatídica correlación. Su análisis de la pobreza contemporánea le llevó, por ejemplo, a denunciar las limitaciones de una acción sanitaria, capaz de aportar un número creciente de supervivientes, pero incapaz de corregir la vulnerabilidad de sus condiciones de vida y de salud, y de acabar con las injusticias y las carencias más primarias (Bernabeu, 2010a).

A continuación, a través de los trabajos y las publicaciones del profesor José María Bengoa, y con una atención particular al caso de América Latina, abordaremos la condición de intolerable social que alcanzó en el siglo pasado el problema del hambre y la desnutrición; y en qué medida se desaprovechó la oportunidad que comportaba dicho reto, si como parecía razonable, se trataba de corregir los factores condicionantes que estaban detrás del hambre y la desnutrición.

DE LAS ENFERMEDADES CARENCIALES A LA MALNUTRICIÓN Y LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA

Como señalaban Beaton y Bengoa en la introducción al texto *Nutrición en Medicina Preventiva*, editado en 1976, a lo largo del siglo XX el abordaje de la problemática nutricional ligada al hambre y a la desnutrición pasó por varias etapas. El análisis y el conocimiento de estas, puede ayudar a entender mejor como se configuró el discurso científico, político y social, que informaba las medidas y las iniciativas que buscaban acabar con el problema (Bengoa, 2000, 2005, 2006; Barona 2010). Durante la primera mitad del siglo, la atención se centró en los graves síndromes clínicos asociados a las deficiencias vitamínicas. El culto a las vitaminas estaba tan extendido en los países occidentales, que para muchas personas cualquier alusión a las deficiencias alimentarias evocaba la idea de enfermedades como el raquitismo, el escorbuto o el beriberi. Los propios profesionales de la salud trataron durante mucho tiempo de atribuir a la carencia de vitaminas el deficiente estado de salud que se observaba con tanta frecuencia en los países menos prósperos.

La condición subyacente de la población –la desnutrición en general– no era objeto de estudio. Sólo cuando las enfermedades carenciales dejaron de

ser prevalentes se comprendió la importancia de aquel estado general y su papel como factor predisponente. Los problemas de malnutrición y de salud deficientes comenzaron a ser estudiados de forma sistemática, al mismo tiempo que grupos de especialistas en materia de nutrición, sociología, economía, agricultura, salud y educación, se esforzaban por romper el círculo vicioso de pobreza, malnutrición e indigencia (Barona 2010; Bernabeu, Trescastro, 2012).

Los resultados de las investigaciones ponían de manifiesto, por ejemplo, que el lactante y el niño pequeño resultaban muy vulnerables y sucumbían fácilmente si vivían en un medio insano, hacinados o en viviendas deficientes, si a su alrededor abundaban las infecciones, si carecían de cuidados maternos adecuados por la ignorancia o la ausencia de sus madres, si escaseaban o faltaban los alimentos necesarios o, sencillamente no se consumían por ignorancia o por imperar conceptos erróneos sobre sus necesidades (Ramalingaswami, 1963: 15).

Se trataba, como hizo el profesor Bengoa en su primer trabajo sobre la medicina social en el medio rural venezolano, de aprovechar las herramientas conceptuales y metodológicas que ofrecían la medicina social y la salud pública. El diagnóstico del estado de salud que realizó del Sanare de 1938-1940, no podía ser más concluyente. Así lo recordaba en su ensayo autobiográfico “Tras la ruta del hambre” (Bengoa, 2005: 50-51):

Al cabo de pocos meses la encuesta ya casi estaba finalizada. Los resultados no arrojaron grandes sorpresas. Cuatro problemas sociales dominaban la escena: la alimentación deficiente, y como consecuencia, una desnutrición crónica con casos esporádicos graves; una vivienda pobre de barro, caña y palma, con piso de tierra; salarios muy bajos; y un nivel educativo muy elemental, con gran porcentaje de analfabetos. Estos cuatro factores sociales incidían en las enfermedades predominantes: las parasitosis, la mortalidad infantil y preescolar, la tuberculosis, la gastroenteritis, etc. Consideré que era necesario movilizar a la comunidad, y exigir a los poderes públicos un esfuerzo adicional que permitiese la extensión de la seguridad social al medio rural, que estimulase la organización de cooperativas y, sobre todo, aportara un fuerte impulso educativo para fomentar el desarrollo comunitario.

A principios del siglo XX, condiciones similares a las que describía Bengoa en su trabajo sobre Sanare o las que se han descrito al hablar de la condiciones de vulnerabilidad del lactante y del niño pequeño, resultaban frecuentes en muchos países industrializados, provocando tasas de mortalidad infantil y juvenil superiores al 200 por mil. Como resultado de las transiciones demográfica, sanitaria, alimentaria y nutricional (Nicolau, Cussó, 2011), y la mejora de las condiciones de vida y de los estados nutricionales y de salud de aquellas poblaciones, se consiguieron reducir los niveles de mortalidad (Bernabeu, Perdiguero,

Barona, 2007). Como indicaban Beaton y Bengoa, frente a aquella experiencia, los países en vías de desarrollo también conseguían reducir sus niveles de mortalidad en el último tercio del siglo XX, pero eran otros los factores, las circunstancias y las consecuencias (Beaton, Bengoa, 1975: 6):

El descenso de la mortalidad que se ha observado en los últimos 50 o 100 años en los que ahora son países desarrollados, ha sido atribuido en gran parte a la mejora de las condiciones de vida y del estado nutricional. Por esta razón, estos países necesitaron un siglo para reducir sus tasas de mortalidad en un 50%, mientras que muchos de los países en vías de desarrollo, esto se ha logrado en 10-20 años.

Pero, ¿de qué logro estamos hablando? Frente a la vivencia histórica de los países desarrollados, la experiencia de los países en vías de desarrollo en los años posteriores a la Segunda Guerra Mundial fue muy distinta (Ramalingaswami, 1963: 17-21). Las deficientes condiciones económicas, sociales, culturales y medioambientales explican que aunque tuvo lugar una reducción de la mortalidad infantil y la mejora de otros indicadores de salud, la mortalidad continuaba siendo 10 veces más elevada que la de los países económicamente desarrollados. Para reducirla por debajo de cierto nivel, no son suficientes las actividades en salud, es necesaria una mejora de las condiciones de vida. No resultaba difícil adivinar que en un medio en el que escaseaba el agua potable, no existían sistemas higiénicos de alcantarillado, y una considerable proporción de viviendas no protegían frente a los rigores del clima, muchos lactantes y niños pequeños iban a encontrar la muerte por enfermedades diarreicas o respiratorias. La cuestión residía en explicar por qué tenían que sucumbir en edad preescolar y escolar a enfermedades corrientes de la infancia, como el sarampión o la tos ferina, pero que no resultaban letales en otros lugares. La malnutrición era señalada como la principal responsable de la sobremortalidad del grupo de 1 a 4 años. Mientras durante la lactancia natural el niño estaba protegido en cierta medida contra la malnutrición y las infecciones gastrointestinales, con el destete y el inicio de la edad preescolar pasaba a estar expuesto al riesgo de una alimentación insuficiente, inadecuada y antihigiénica. Numerosas investigaciones empezaban a poner de manifiesto que muchas de las muertes atribuidas a diarreas e infecciones parasitarias, respondían en realidad a la malnutrición. ¿Qué clase de malnutrición era la que minaba de tal modo la salud de los niños que les impedía sobrevivir a las dolencias propias de su edad, y que otros niños bien alimentados superaban? ¿Cuál era el agente nocivo? ¿Cuáles eran las acciones recíprocas entre este y el medio?

Como señalaban Bengoa, Jelliffe y Pérez en un trabajo publicado en 1959 en el *Journal Clinical of Nutrition*, una elevada tasa de mortalidad en el grupo

de edad de 1 a 4 años indicaba una malnutrición generalizada. Esta podía servir de indicador del estado nutricional de la población, de la misma forma que la tasa de mortalidad infantil era utilizada como indicador del estado sanitario y económico-social.

En la primera Encuesta Mundial sobre Alimentación publicada en 1946, se llegaba a la conclusión de que la mitad de la población consumía menos de 2.250 kilocalorías por día. Los resultados de la segunda encuesta publicada en 1952, reforzaban los datos de la anterior: un 60% de los individuos consumía menos de 2.200 kilocalorías/día, lo que sumado a los datos sobre consumo de proteínas, permitía afirmar que las 2/3 partes de la población padecía una situación de hambre y desnutrición. Por su parte, la tercera encuesta, referida al período 1957-1959 y publicada en 1963, estimaba que el 10-15% de la población mundial mostraba una alimentación hipocalórica y que el 50% padecía malnutrición (alimentación carencial o malnutrición e hipoalimentación conjuntamente).

Todos aquellos resultados se correspondían con la pobreza y el subdesarrollo, estableciéndose dos grandes conjuntos de países: los de alto nivel calórico con más de 3.050 kilocalorías por día y alto consumo de proteínas de origen animal (Europa, América del Norte, Oceanía –Australia y Nueva Zelanda– y la región de Río de la Plata –Argentina, Paraguay y Uruguay–); y los de bajo nivel calórico (entorno a las 2.150 kilocalorías). En este último caso el régimen alimentario se caracterizaba por un déficit de alimentos protectores (verduras, frutas y productos de origen animal) y por representar los llamados alimentos pobres (cereales, raíces, feculentos y azúcares) más del 78% de la ingesta, frente al 58% del grupo de países de alto nivel calórico (Casado, 1967: 44-45).

América Latina se situaba entre las zonas más afectadas por la subalimentación y el hambre (Bernabeu, 2010b). El problema de la desnutrición estaba considerada una auténtica plaga social y el principal problema de salud pública, tal como se puso de manifiesto en la Primera Conferencia sobre Alimentación en América Latina celebrada en 1948 (Bernabeu, Trescastro, 2011). En el caso de América del Sur, dos tercios de la población vivían en un estado de subalimentación (alrededor de 60 millones de personas) y un tercio mostraba una situación de hambre/inanición crónica (alrededor de 30 millones de personas). La región representaba una de las grandes zonas mundiales de subnutrición y hambre, y aunque la intensidad con la que se manifestaba el problema variaba de unas zonas a otras, en todas partes se encontraban regímenes alimentarios insuficientes, incompletos y mal equilibrados, destacando la carencia de proteínas. El consumo medio de alimentos ricos en proteínas de origen animal era uno de los más reducidos del mundo, por debajo del mínimo deseado, y

se señalaba como la más grave de todas las formas de hambre que castigaban al continente americano.

Para Josué De Castro, uno de los autores que más se ocupó del hambre y la desnutrición en América Latina y muy presente en los trabajos y las reflexiones del profesor Bengoa, era en los factores de orden social, más que en los naturales, donde había que buscar la causa de la penuria alimentaria que sufría América Latina. Para De Castro (1950: 29-30), la subalimentación y el hambre crónica que afectaba al subcontinente era consecuencia inmediata de su pasado. Sus antecedentes de explotación agrícola y mercantil en la época colonial, se señalaban como las auténticas responsables de haber frenado el desarrollo agrícola y las posibilidades de abastecimiento. Muchas zonas del continente se vieron sometidas al monocultivo o a la explotación exclusiva de un producto, olvidando el resto y perjudicando sus riquezas naturales y su capacidad de producción alimentaria. Un panorama que se vio complicado por otro fenómeno, ligado igualmente a la explotación agrícola colonial: la actividad encaiminada a la exportación de determinados productos, y basada en el latifundio y la práctica del monocultivo

Bourges y Casanueva (2000: 183-184), al ocuparse del caso de México, también situaban a la sociedad colonial como el origen del problema:

Con la estructuración de una sociedad desigual, polarizada en vencedores y vencidos, en amos y esclavos [...] grandes sectores de la población sobreviven (y sobrevivían) en condiciones miserables, víctimas de la insalubridad y la ignorancia y con un poder adquisitivo tan limitado que su acceso a los alimentos es pobre en cantidad y variedad. Por ello en nuestro país han florecido durante siglos tanto la desnutrición primaria endémica como en determinadas regiones, algunas deficiencias nutrimentales específicas como la anemia ferropénica, el bocio por la carencia del yodo y en mucho menor grado la xerofthalmia y la pelagra [...] Humboldt en sus relatos se muestra maravillado de la belleza y peculiaridades culturales de México, pero aún más de la extrema desigualdad social y de la exigua alimentación de los habitantes del medio rural, particularmente de los indígenas de quienes la desnutrición ha sido acompañante secular.

Las causas de la subalimentación y el hambre en América Latina se podrían resumir, por tanto, en cuatro grandes grupos (Bernabeu, 2010b: 14). En primer lugar, un régimen agrícola caracterizado por una baja productividad y por un coeficiente de producción muy inferior al esperado e incapaz de responder a las necesidades vitales de la población regional. En segundo lugar, habrían contribuido a aquel déficit alimentario, la insuficiencia de las vías de comunicación y la falta de medios de transporte, así como su inadecuación para

transportar mercancías perecederas. Dos circunstancias que hacían difícil poder superar los obstáculos asociados a la distancia que existía entre los centros de producción y los de consumo. En tercer lugar, un mal uso de los alimentos por desconocimiento de su valor nutritivo, de la higiene alimentaria, y de los procedimientos de producción, de conservación y de consumo más adecuados. Por último, un limitado poder adquisitivo de la población, insuficiente para poder adquirir los alimentos protectores.

Como señalaba Bengoa (1981), el problema de la desnutrición crónica era el más grave que afrontaba América Latina. Aquella desnutrición trasladaba el resultado de un proceso de adaptación irreversible en muchos de sus parámetros. Se trataba de un fenómeno biológico de autodefensa, donde la disminución de los requerimientos nutricionales tenía lugar a través de una reducción en el ritmo del crecimiento y de la disminución de la actividad física. La talla baja escondía una patología total del desarrollo físico y funcional con repercusión en el desarrollo social.

Para el profesor Bengoa, la problemática contemporánea de la desnutrición que vivieron y viven los países iberoamericanos, debe enmarcarse entre los componentes del llamado síndrome de atraso o de miseria y la dislocación social que lo rodea. El problema de la malnutrición proteínico-energética, estaba asociado al subdesarrollo, con todo lo que esto representaba en términos de distribución desigual de la riqueza, de la pobreza, del analfabetismo, de la ausencia de saneamiento y de suministro de agua potable, de las viviendas insalubres, y por supuesto, de consumo inadecuado de alimentos en cantidad y calidad.

EL PROBLEMA DE LOS SUPERVIVIENTES

Los éxitos conseguidos en América Latina durante las décadas de 1960 y 1970 en el descenso de la prevalencia de las formas graves de desnutrición, fueron el resultado de la aplicación de programas de intervención directa. Pero aquellos avances no significaron mejoras reales en los niveles de vida, al haberse modificado muy poco los factores condicionantes que estaban detrás del hambre y la desnutrición (Bernabeu, 2010b: 16). Se trata de una distinción muy relevante, ya que la disminución de los casos de malnutrición grave y de los síndromes de carencias específicas no significa necesariamente que los sobrevivientes gocen de buen estado de salud. El problema de la malnutrición crónica persiste con todas sus repercusiones sobre el desarrollo físico y funcional, sobre el rendimiento escolar y la adaptación social. Como recordaba el profesor Bengoa (2008: 110-111):

Si los factores sociales condicionantes permanecen sin modificar se debe esperar encontrar muchos niños desnutridos crónicos. Estos podrían ser esos niños

entre 6 y 7 años, que están comenzando la escuela, y quienes debido a su desarrollo físico, parecen no tener más de 4 años. Estos niños, y aquí es donde está la tragedia, no son comparables en su conducta, ni en su psicología, ni en su capacidad de aprendizaje a otros niños de su misma edad, pero tampoco son comparables a los niños de 4 años de edad. Son seres distintos, con sus propias características biológicas y de conducta y una organización inter-sensorial difícil de clasificar estrictamente dentro de un grupo de edad cronológico.

Las poblaciones que soportan suministros inadecuados de alimentos pueden adaptarse disminuyendo el tamaño y el peso corporal, reduciendo la actividad física o ambas cosas. Estas adaptaciones aunque no lleguen a ser consideradas un problema importante de salud, si que tienen repercusiones en términos de productividad (Dubos, 1965: 473-474).

En 1963, en el marco de la Campaña Mundial contra el Hambre, la Organización Mundial de la Salud, en colaboración con la FAO, publicaba con el sugerente título de “Malnutrición y enfermedad. Una cuestión capital para el mundo”, un interesante estudio sobre las consecuencias de la desnutrición en el estado de salud de las poblaciones (Ramalingaswami, 1963). El texto contaba con sendas introducciones firmadas por los directores generales de FAO y OMS, B. R. Sen y M. G. Candau. Las reflexiones que aportaba este último (Candau, 1963), ponían de manifiesto “la sombría perspectiva que ofrecía la situación sanitaria de la parte hambrienta del mundo”. En su opinión el panorama que rodeaba a la malnutrición quedaba resumido, por un lado, en los hijos de madres malnutridas que llegaban al mundo en una situación de inferioridad, en la que muchos fallecían por malnutrición propiamente dicha en el curso del primer o segundo año o resultaban víctimas de infecciones gastrointestinales y/o respiratorias favorecidas por su estado de desnutrición. En segundo lugar, por aquellos que lograban sobrevivir pero seguían expuestos a una malnutrición persistente, convirtiéndose en adultos de escasa estatura, con un estado de salud deficiente y una capacidad de trabajo excesivamente baja. En tercer lugar, por la problemática añadida que representaba la prevalencia de enfermedades transmisibles en aquellas regiones donde reinaban el hambre y la desnutrición, con lo cual la resistencia frente a las infecciones era menor y los procesos infecciosos revestían una mayor gravedad y provocaban una mortalidad más elevada.

POBREZA, SUBDESARROLLO Y DESIGUALDAD: LOS FACTORES CONDICIONANTES Y PRECIPITANTES DE LA MALNUTRICIÓN

En un escenario como el del último tercio del siglo XX, caracterizado por el incremento en las diferencias de crecimiento y desarrollo que se estaban pro-

duciendo entre los países desarrollados y los países en vías de desarrollo, la solución al problema del hambre y la desnutrición dependía de que se estableciera la necesaria cooperación entre los gobiernos, los organismos nacionales e internacionales y los especialistas en muchas disciplinas científicas, así como de la participación activa, no sólo de las poblaciones de los países desarrollados, sino también de las propias víctimas de la malnutrición (Ramalingaswami, 1963: 52).

Los responsables de luchar contra la desnutrición se encontraban ante un falso dilema (Beaton, Bengoa, 1975: 6-7). Al actuar sobre los factores precipitantes de las formas graves de malnutrición, se podía reducir la desnutrición aguda y también el número de sobrevivientes seriamente afectados. Sin embargo, era necesario plantear una mejora duradera y real de los factores subyacentes o condicionantes a través de los cambios en el medio social y económico, aunque se tratase de un proceso lento. Ambas soluciones debían ser emprendidas de forma simultánea, ya que no existía tal alternativa.

En un texto publicado en 1981, Bengoa se ocupaba de las estrategias para mejorar el estado nutricional. Tras destacar su gran complejidad, las resumía, por un lado, en las estrategias y en los enfoques o modelos econométricos que buscan mejorar la cadena alimentaria, desde la producción al consumo, pero que en realidad sólo abordan una parte del problema; y, por otro lado, la denominada estrategia social profunda. Esta última en la línea adoptada por el Noveno Comité FAO/OMS de expertos en nutrición que tuvo lugar en Roma en 1974, y que se concretaba en dos propuestas de actividades que resultaban complementarias: una dirigida a priorizar el desarrollo rural y otra orientada a eliminar el síndrome de privación social (pobreza). Para Bengoa (1981: 196) el mayor dilema estribaba en el problema de la radicalidad o no del cambio social:

Para unos, la única solución del problema nutricional es la transformación del sistema del mercado en uno que proteja globalmente las necesidades básicas de la población. Otros, aunque no opuestos a la esencia del cambio, temen la frustración de no alcanzar los objetivos y el probable menoscabo de valores igualmente esenciales [...] Este dilema, es el rasgo más polémico y trágico de nuestro tiempo, pues en él se manifiesta la conflictiva escisión de dos concepciones de la vida [...] en cualquier caso, una política tendente al mejoramiento del estado de nutrición de las poblaciones debía contemplar dos aspectos: las políticas o estrategias de carácter global y las medidas de carácter específico.

La estrategia global comportaría medidas relacionadas con la producción, procesado, comercialización y consumo de los alimentos; la educación, y, sobre

todo, el ataque a la pobreza. Bengoa insistía en que la producción de alimentos tenía que contribuir al logro de los objetivos nutricionales y sociales, a través de avances en la productividad y renta de una fracción numerosa de familias campesinas, y no concentrar la producción en el subsector moderno de explotación agrícola, tal como había ocurrido con la Revolución Verde. Subrayaba la importancia y el auge que estaban tomando los programas de desarrollo rural integral o desarrollo social rural, al mismo tiempo que recordaba las conclusiones de la Conferencia Mundial sobre Reforma Agraria y Desarrollo Rural que tuvo lugar en Roma en julio de 1979 y que aparecían recogidas en su Declaración de Principios: “que la pobreza, el hambre y la malnutrición, retrasan los esfuerzos en pro del desarrollo nacional y repercuten negativamente en la estabilidad social y económica del mundo, y que su erradicación se tenía que convertir en el objetivo fundamental del desarrollo mundial”.

También señalaba Bengoa que el desarrollo rural no comprendía solamente el aumento de la producción y la rentabilidad agrícola, sino que incluía estrategias y políticas tendentes a la creación de empleo, el aumento de los ingresos y el mejoramiento de las condiciones de vida de la población rural. En palabras de Altimir, “con demasiada frecuencia el ataque a la pobreza se concibe desde un enfoque asistencialista, que no implica reorientación profunda del estilo de desarrollo vigente”.

Las estrategias específicas se concretaban en la necesidad de contemplar acciones dirigidas a los grupos humanos más expuestos a los riesgos de desnutrición: como la desnutrición fetal (aumentando la cobertura de la atención prenatal), la desnutrición grave (procurando la lactancia materna, el seguimiento del niño, el control precoz de los procesos infecciosos, y el manejo adecuado del niño desnutrido), la desnutrición moderada actual (destacando la importancia de su detección precoz con el indicador peso/talla, sobre todo por su carácter reversible, y la vigilancia alimentaria nutricional), y, por último, la desnutrición crónica (adaptación) cuya prevención y resolución estaría determinada por los logros alcanzados en las tres anteriores.

A pesar de contar con diagnósticos tan acertados, los avances que se consiguieron en las décadas finales del siglo XX respondían a las acciones que se ocupaban de los factores precipitantes, olvidando la importancia que tenían los subyacentes o condicionantes. La pobreza continuaba siendo motivo de gran preocupación al ser la causante principal del bajo consumo calórico y de las deficiencias específicas (tabla 1). En el caso de América Latina, los niveles de pobreza no sólo no habían disminuido en la década de 1990, sino que se habían hecho más visibles (Bengoa, 1999).

Tabla 1: Evolución de la desnutrición en las zonas menos desarrolladas entre 1990 y 2005 en porcentaje sobre el total de población y tasa de incidencia de la pobreza para 2008

	Porcentaje de desnutridos sobre el total de población 1990/1992	Porcentaje de desnutridos sobre el total de población 1995/1997	Porcentaje de desnutridos sobre el total de población 2003/2005	Tasa de incidencia de la pobreza sobre la base de 1,25 dólares por día (PPA) (% de población) 2008
África subsahariana	34%	34%	30%	47,5%
Asia y Oceanía	20%	17%	16%	25,15%
América Latina y el Caribe	12%	11%	8%	6,5%
Oriente Medio y norte de África	6%	8%	8%	2,7%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos en la publicación PROGRAMA MUNDIAL DE ALIMENTOS (2009). *Serie de informes sobre el hambre en el mundo. El hambre y los mercados*. Roma: Earthscan, 172 a 175, para la desnutrición; y en <http://datos.bancomundial.org/tema/pobreza> (consultada el 3 de junio de 20102) para la tasa de incidencia de la pobreza

CONCLUSIONES

A lo largo de la segunda mitad del siglo XX se produjeron avances en la resolución del reto que planteaba la desnutrición, pero no se aprovechó la oportunidad de resolver los factores condicionantes de la misma, tal como se puede constatar en ejemplos como el que ofrece América Latina (Barria, Amigo, 2006, Bernabeu, 2010b). En los años finales del siglo pasado, la pobreza al mismo tiempo que continuaba determinando los problemas de desnutrición, adquiría un nuevo protagonismo como factor coadyuvante de la obesidad y otros efectos no deseados de las transiciones nutricionales y alimentarias (Popkin, 1993, 1994).

El hambre puede coexistir con la abundancia y esta puede originar la ruina y el hambre de los menos afortunados. Nos quejamos de la escasez de alimentos y a la vez nos esforzamos en frenar a los que están en condiciones de aumentar

la producción de los mismos. Si embargo, son pocos los que se preocupan de denunciar y corregir los problemas profundos que hacen posibles estos contrastes. Los países subdesarrollados reciben importantes ayudas del exterior, más también encuentran en el exterior muchos obstáculos, como ocurre con el colonialismo económico y el duro trato que reciben del comercio internacional. La ayuda alimentaria que se ha realizado y que se sigue realizando es útil en situaciones de emergencia, pero no resuelve el problema de manera duradera. El mayor obstáculo para el desarrollo de una auténtica solidaridad internacional frente al hambre es asumirlo.

Las palabras que acabamos de transcribir y que coinciden con muchas de las reflexiones que aparecen reflejadas en los escritos y publicaciones del profesor Benoga fueron publicadas en 1967 (Casado, 1967: 48-49), pero desgraciadamente siguen mostrando su vigencia. El fenómeno de la globalización y las transiciones epidemiológicas y nutricionales que han vivido los países desarrollados, así como las que están experimentando regiones como América Latina (Barria, Amigo, 2006), han incorporado nuevas dimensiones al reto de superar los problemas asociados a la malnutrición, obligándonos a repensar cómo podemos aprovechar las oportunidades.

Habrà que hacerlo en un escenario donde el grado de complejidad es cada vez mayor. Durante la crisis energética y alimentaria que se vivió en la década de 1970, voces como la de Beaton y Bengoa (1975: 4) denunciaban la relación que existía entre ambas y la supuesta idoneidad de las prácticas intensivas agrícolas que había impulsado la llamada “revolución verde” para resolver la escasez de alimentos. El ser humano estaba agotando sus disponibilidades naturales y desaprovechando los recursos, con los efectos que ello generaba sobre el medio social, físico y biológico. La creciente demanda de proteínas animales que se estaba produciendo en los países desarrollados tras su industrialización, había llevado a la producción ganadera a sobrepasar el punto óptimo de utilización de recursos alimentarios, como era la producción de forraje en tierras no adecuadas para la producción de alimentos de consumo humano y se había empezado a producir granos para el consumo animal. Las fuentes de energía no renovables, al utilizarse en la mecanización de la agricultura, transporte, riego, y la producción de fertilizantes y pesticidas, entre otros elementos, tenían un gran impacto en la disponibilidad de alimentos al mismo tiempo que la condicionaba. Se imponía la necesidad de buscar otras fuentes de alimentos y promover patrones de producción y consumo que fuesen más eficientes como recurso alimentario y energético.

Han transcurrido más de treinta años desde aquellas consideraciones y no sólo no se han corregido muchas de las dependencias y limitaciones, sino que

la crisis energética, alimentaria, económica y financiera desatada en el 2008, les ha otorgado una dramática actualidad y el hambre y la desnutrición han vuelto a ser, una vez más, noticia.

En su texto, *Hambre cuando hay pan para todos*, publicado en el año 2000, en uno de sus apartados finales, el profesor Bengoa se preguntaba si ¿Habría pan para todos? Respondía afirmando que existían razonables esperanzas para amortiguar el problema del hambre en el mundo, al mismo tiempo que advertía de algunos de los peligros que podían entorpecer aquellas perspectivas. Entre ellos señalaba a las políticas neoliberales y más concretamente a la sustitución del paradigma del Estado de Bienestar por el Estado Neoliberal con una reducción significativa del gasto social. El doctor Bengoa insistía en la necesidad de hacer compatibles el Estado de Bienestar con la Globalización y la Economía de Mercado. En su opinión era la justicia social internacional la que reclama dicha compatibilidad y afirmaba (Bengoa, 2000: 195):

Es cierto que en el Estado de Bienestar han existido excesos y posiciones paternalistas abusivas, pero la solución no puede consistir en abolir totalmente la búsqueda de la equidad y de una razonable felicidad para todos los ciudadanos. Y menos se puede substituir abruptamente el anhelo y el derecho de subsistir por la incertidumbre de hoy y de mañana. Existen vías para establecer una economía de mercado neoliberal con los productos secundariamente vitales (que cubre nuestras necesidades secundarias), que son la mayoría por cierto, y cierta regulación de los productos básicos. Nos parece acertada la frase tan repetida que dice tanto mercado como sea posible y tanto Estado como sea necesario.

El doctor Bengoa recordaba el estudio sobre desarrollo humano y globalización que publicó en 1997 el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. En el informe en cuestión se afirmaba que los beneficios de la globalización para los países pobres eran muy inciertos, y que todo apuntaba a que la liberalización económica estaba incrementando las desigualdades y las privaciones relativas. Los patrones de consumo estaban cambiando, a la par que se producía un aumento de la pobreza absoluta al disminuir la producción de los bienes de los que dependen los pobres.

Bengoa, concluía sus reflexiones sobre la crisis del Estado de Bienestar con estas palabras (2000: 200):

No está mal a nuestro juicio que en el mundo en desarrollo se hayan introducido medidas y ajustes económicos para lograr el crecimiento deseado; lo preocupante es que se haya perdido el norte social, el derecho a la equidad, la garantía de mantener un nivel de vida mínimo y una vejez sin incertidumbre. Lo que nos preocupa no son las medidas que se tienen que ir adoptando para lo que se viene llamando 'sinceración de la economía' (saneamiento), que en muchos casos pueden ser necesarias; lo preocupante es el salto desde un

ideal posible que nos comprometía a todos en la búsqueda de soluciones en la lucha contra la pobreza, a un norte indefinido o no comprometido socialmente, dejando al mercado el ajuste espontáneo del bienestar [...] Hoy el Estado de Bienestar atraviesa una grave crisis, pero en lugar de proceder a una revisión de fallas y abusos, se aboga por su eliminación. Los gastos sociales, dicen, son una pesada carga que impide la creación de riqueza. Volvamos pues, dicen, a las leyes de mercado, y organicemos para los pobres unos cuantos programas compensatorios para frenar su desesperación [...] ¿Qué es lo que queremos decir? Como aficionado a los problemas sociales simplemente una cosa, acaso ingenua: Que una política neoliberal en economía puede establecerse cuando la población cuenta ya con la garantía de supervivencia, y dispone de una razonable Seguridad Social, una atención sanitaria de buena calidad, empleo y salario adecuado, una educación garantizada y una expectativa de vejez sin incertidumbres. Asegurada la supervivencia, bienvenida sea la economía de mercado [...] En definitiva todos tenemos el deber de contribuir con nuestro trabajo a crear la riqueza de la sociedad en la que vivimos, pero todos –incluso los que no contribuyen o no pueden– tenemos el derecho de subsistir dignamente, con un mínimo de decoro. Este principio es un derecho individual irrenunciable y un deber de la sociedad insoslayable. Comenzamos el siglo XXI con una sexta parte de la población mundial padeciendo hambre. *Quosque Tandem* ¿Hasta cuando?

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Hambre: Conjunto de sensaciones desagradables provocada por la privación de alimentos. Escasez de alimentos básicos que causa carestía y miseria generalizada.

Nutrición: Conjunto de procesos fisiológicos por los cuales el organismo recibe, transforma y utiliza las sustancias químicas contenidos en los alimentos; es un proceso involuntario e inconsciente.

Malnutrición: Desequilibrio del estado nutricional como consecuencia de una ingesta inadecuada de nutrientes para las necesidades fisiológicas normales; puede darse por exceso o por defecto.

Desnutrición: Se define como aquel estado patológico causado por una dieta inadecuada o insuficiente, o por un defecto en el metabolismo de los alimentos.

Alimentación: Proceso voluntario y consciente de ingesta de alimentos que se encuentra influido por factores físicos, psíquicos, sociales, antropológicos, religiosos o económicos y que resulta por tanto modificable.

AGRADECIMIENTOS

Al profesor José María Bengoa Lecanda (1913-2010), por los comentarios, sugerencias y recomendaciones que realizó tras la lectura del texto: “Historia de la desnutrición en Iberoamérica: entre el reto y la oportunidad”. Trabajo

realizado en el marco de los proyectos de investigación subvencionados por el Ministerio de Educación y Ciencia, el Ministerio de Ciencia e Innovación y la Generalitat Valenciana: “La lucha contra la desnutrición en la España contemporánea y el contexto internacional (1874-1975)” (HAR2009-13504-C02-01), “Sanidad internacional y transferencia del conocimiento científico. Europa, 1900-1975” (HAR2011-23233), la Red MeI-CYTED, y el Programa Prometeo. Generalitat Valenciana (referencia: Prometeo/2009/122).

BIBLIOGRAFÍA

- Barona Vilar, J.L. (2010). *The Problem of Nutrition. Experimental Science, Public Health and Economy in Europe*. Bruxelles: Peter Lang.
- Barría, R.M. y Amigo, H. (2006). “Transición nutricional: una revisión del perfil latinoamericano”. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 56(1), 3-11.
- Beaton, GH, Bengoa, JM. (1975). “Nutrición y salud: perspectiva”. En: GH. Beaton y JM. Bengoa (Eds), *Nutrición en medicina preventiva. Los síndromes carenciales más importantes, su epidemiología y medidas de control*. Caracas: Instituto Nacional de Nutrición/Escuela de Nutrición y Dietética de la UCV (copia multigráfica de la traducción al español del texto *Nutrition in Medicine Preventive*), 3-8.
- Bengoa, JM. (1981). “Niveles individuales y sociales asociados a la desnutrición”. En F. Galofré (Ed.), *Pobreza crítica en la niñez de América Latina y el Caribe*. Santiago: CEPAL/UNICEF, 159-198.
- Bengoa, JM. (1998). “Apuntes para la historia de la nutrición en América Latina”. En *La nutrición en Iberoamérica a través de uno de sus protagonistas*. Caracas: Fundación Cavendes (Homenaje del Instituto Nacional de Nutrición al Dr. José María Bengoa), 113-143.
- Bengoa, JM. (1999). “Problemas nutricionales prioritarios en Iberoamérica”. *Archivos Venezolanos de Nutrición*, 12(1), 73-83.
- Bengoa, JM. (2000a). “Nutrición en América Latina: Algunos Eslabones de su Historia”. En H. Bourges, JM. Bengoa, AM. O'Donnell (Eds), *Historias de la Nutrición en América Latina*. Caracas: Sociedad Latinoamericana de Nutrición (Publicación SLAN 1), 13-33.
- Bengoa, JM. (2000b). *Hambre cuando hay pan para todos*. Caracas: Fundación Cavendes.
- Bengoa, JM. (2005). *Tras la ruta del hambre. Nutrición y salud pública en el siglo XX*. Alicante: Universidad de Alicante.
- Bengoa, JM. (2006). “Historia de la nutrición en salud pública”. En L. Serra Majem (Editor), *Nutrición y salud pública: métodos, bases científicas y aplicaciones*. Barcelona: Masson, 52-61.
- Bengoa, JM. (2008). “Significación social del hambre en América Latina”. *Archivos Venezolanos de Nutrición*, 21(2), 110-112.
- Bengoa, JM., Jelliffe, DB. y Pérez C. (1959). “Some indicators for a broad assessment of the magnitude of protein-caloric malnutrition in young children in population groups”. *Amer J Clin Nutr*, 7, 714-720.

- Bernabeu-Mestre, J. (2010a). "José María Bengoa Lecanda (1913-2010) y la medicina social: historia de un compromiso". En J. Aranceta Bartrina, C. Pérez Rodrigo, y L. Serra Majem. (Eds), *Monográfico José María Bengoa*. Madrid: Academia Española de Nutrición y Ciencias de la Alimentación, Vol. 1, 27-32.
- Bernabeu-Mestre, J. (2010b). "Notas para una historia de la desnutrición en la Iberoamérica del siglo XX". *Nutrición Hospitalaria*, 25 (Supl. 3), 10-17.
- Bernabeu-Mestre, J. y Trescastro, E. (2011). "Los problemas de nutrición en América Latina: la perspectiva de las Conferencias Iberoamericanas (1948-1956)". En MI Porras, B. Gutiérrez, M. Ayarzagüena, y J. De las Heras (Eds), *Transmisión del conocimiento médico e internacionalización de las prácticas sanitarias: una reflexión histórica*. Ciudad Real: Universidad de Castilla la Mancha, 195-99.
- Bernabeu-Mestre, J. y Trescastro, E. (2012). "Ética, Economía y Demografía en los inicios de las políticas internacionales de nutrición (1920-1960)". En M. Alemany (Ed), *La calamidad del hambre*. Lima: Palestra Editores, en prensa.
- Bernabeu-Mestre, J., Perdiguero, E. y Barona, JL. (2007). "Determinanti della mortalità infantile e transizione sanitaria. Una riflessione a partire dall'esperienza spagnola". En M. Breschi y L. Pozzi (Eds), *Salute, malattia e sopravvivenza in Italia fra '800 e '900*. Udine: Forum, 175-193.
- Boudreau, F.; Kruse, HD. (1939). "Malnutrition. A Challenge and an Opportunity. *Am J Public Health*, 29(5), 427-433.
- Bourges, H. y Casanueva, E. (2000). "Reseña histórica sobre la nutrición México". En H. Bourges, JM. Bengoa, AM. O'Donnell (Eds), *Historias de la Nutrición en América Latina*. Caracas: Sociedad Latinoamericana de Nutrición (Publicación SLAN 1), 177-216.
- Candau, MG. (1963). "Introducción". En V. Ramalingaswami (Ed.), *Malnutrición y enfermedad. Una cuestión capital para el mundo*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (Campaña Mundial contra el Hambre. Estudio Básico 12), 3-4.
- Casado, D. (1967). *Perfiles del hambre. Problemas sociales de la alimentación española*. Madrid: Cuadernos para el diálogo.
- Cépède, M. y Gounelle, H. (1970). *El hambre*. Barcelona: Oikostau (¿qué sé?).
- De Castro, J. (1950). *Le problème de l'alimentation en Amérique du Sud*. Paris: UNESCO (Les hommes et leur nourriture).
- Demalyer, EM. (1975). "Malnutrición calórico-proteínica". En: GH. Beaton y JM. Bengoa (Eds), *Nutrición en medicina preventiva. Los síndromes carenciales más importantes, su epidemiología y medidas de control*. Caracas: Instituto Nacional de Nutrición/ Escuela de Nutrición y Dietética de la UCV (copia multigráfica de la traducción al español del texto *Nutrition in Medicine Preventive*), 10-41.
- Dubos, R. (1965). "El hombre y su Ambiente. El conocimiento biomédico y la acción social". *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Dic. 1965, 471-480.
- Fogel, RW. (2009). *Escapar al hambre y la muerte prematura, 1700-2100: Europa. América y el Tercer Mundo*. Madrid: Alianza Editorial.

- Livi Bacci, M. (1988). *Ensayo sobre la historia demográfica europea: población y alimentación en Europa*. Barcelona: Ariel.
- Nicolau, R. y Pujol-Andreu, J. (2011). "Aspectos políticos y científicos del Modelo de la Transición Nutricional: evaluación crítica y nuevas perspectivas". En Bernabeu-Mestre, J. y Barona Vilar, J.Ll. (Eds), *Nutrición, salud y sociedad. España y Europa en los siglos XIX y XX*. Valencia: Seminari d'Estudis sobre la Ciència, 19-57.
- Pérez Moreda, V. (1991). "Alimentación, desnutrición y crecimiento económico. Reflexiones sobre la obra: El hambre en la historia". *Agricultura y Sociedad*, 6, 207-222.
- Popkin, BM. (1994). "The nutrition transition in low-income countries: an emerging crisis". *Nutr Rev*, 52, 285-298.
- Popkin, BM. (1993). "Nutritional patterns transitions". *Population and development review*, 19(1), 138-57.
- Ramalingaswami, V. (1963) (Ed.). *Malnutrición y enfermedad. Una cuestión capital para el mundo*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (Campaña Mundial contra el Hambre. Estudio Básico 12).

JOSEP BERNABEU-MESTRE es Catedrático de Historia de la Ciencia en la Universidad de Alicante. Ha sido profesor de la Facultad de Medicina y director del Programa de Doctorado de Salud Pública (2004-2011). En la actualidad imparte docencia en el grado de Nutrición Humana y Dietética y dirige el Grupo Balmis de Investigación en Salud Comunitaria e Historia de la Ciencia de la Universidad de Alicante. En los últimos años su actividad investigadora se ha ocupado, fundamentalmente, del estudio del desarrollo de la nutrición comunitaria en la España contemporánea y el contexto internacional. Entre los últimos trabajos publicados, destaca la edición, junto con Josep Lluís Barona, de la monografía colectiva *Nutrición, salud y sociedad. España y Europa en los siglos XIX y XX*, editada por el Seminario de Estudios sobre la Ciencia y la Universidad de Valencia en 2011.

JOSEP XAVIER ESPLUGUES-PELLICER es licenciado en Medicina y Cirugía por la UA, Doctor por la UMH (programa de Salud Pública), especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, médico adjunto de la UDCA del Hospital Marina Baixa y profesor asociado del departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia de la UA. Forma parte del Grup Balmis d'Investigació en Salut Comunitària i Història de la Ciencia y del Grupo Gadea de Estudios Avanzados en Historia de la Medicina. Ha desarrollado estudios sobre la transición demográfica y sanitaria y la modernización de la sociedad contemporánea en el ámbito local. Sus publicaciones versan sobre los antecedentes históricos de la nutrición comunitaria española, desde los primeros intentos de institucionalización, la Higiene de la Alimenta-

ción y la Nutrición en la Escuela Nacional de Sanidad y los condicionantes higiénicos sanitarios de la transición nutricional española del pasado siglo.

EVA MARÍA TRESCASTRO LÓPEZ es Profesora Ayudante (LOU) en la Universidad de Alicante. Es Diplomada en Nutrición Humana y Dietética por la Universidad de Alicante y Licenciada en Ciencia y Tecnología de los Alimentos por la Universidad Politécnica de Valencia. Título propio de Especialista Profesional en Tecnología de Alimentos por la Universidad Politécnica de Valencia. Diploma de Estudios Avanzados del programa de Doctorado en Salud Pública de la Universidad de Alicante. Pertenece al Grup Balmis d'Investigació en Salut Comunitaria e Història de la Ciència de la Universidad de Alicante. Su principal actividad investigadora se centra en el análisis del Programa de Educación en Alimentación y Nutrición y las políticas nutricionales que se llevaron a cabo en la España del último tercio del siglo XX, así como su incidencia en el proceso de transición nutricional y alimentaria que vivió la población española.